

ANEXO

CENTRO RECEPTOR DE LA SOLICITUD

SOLICITUD DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Espacio reservado para fecha de recepción y sello del centro receptor

1 DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE		APELLIDOS	
Nº TARJETA SANITARIA	D.N.I.	EDAD	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

2 DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)			
NOMBRE		APELLIDOS	D.N.I.
SOLICITA EN VIRTUD DE: A. <input type="checkbox"/> Autorización expresa B. <input type="checkbox"/> Representación legal C. <input type="checkbox"/> Familiar o vinculado de hecho por necesidad terapéutica			
CUMPLIMENTAR EN CASO DE AUTORIZAR EXPRESAMENTE A UNA PERSONA (Supuesto A)		Fecha:/...../.....	
AUTORIZO A LA PERSONA QUE CONSTA COMO SOLICITANTE PARA QUE EN MI NOMBRE SOLICITE Y RECIBA EL INFORME DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA		Firma del paciente	

3 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN CORRESPONDIENTES A <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE			
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO/S DE CONTACTO/...../.....		CORREO ELECTRÓNICO	

4 DATOS RELATIVOS AL PROCESO PARA EL QUE SOLICITA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA			
CENTRO DONDE HA SIDO DIAGNOSTICADO			
SERVICIO			
CAUSA DE LA SOLICITUD <input type="checkbox"/> Confirmar o no el diagnóstico <input type="checkbox"/> Confirmar o no las alternativas terapéuticas <input type="checkbox"/> Ambas			

5 RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA			

6 LUGAR, FECHA Y FIRMA			
Los datos que declaro en la presente solicitud son ciertos, asumo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad de alguno de ellos y SOLICITO la emisión del correspondiente informe facultativo.			
En a de de			
EL SOLICITANTE			
Fdo.:			

SR./SRA. GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE